

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N° 114

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 décembre 1896 à 1 heure.

PAR

Louis BONNETBLANC

Né à Chatelus-le-Marcheix (Creuse)

INDICATIONS
DU CURETTAGE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. { GUYON, professeur.
BAR et ALBARRAN, agrégés.*



PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 décembre 1896, à 1 heure

PAR

Louis BONNETBLANC

Né à Chatelus-le-Marcheix (Creuse)

INDICATIONS DU CURETTAGE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. } *GUYON, professeur.*
 } *BAR ET ALBARRAN, agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DU VAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage d'affection et de
reconnaissance.*

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

A TOUS MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Chirurgien de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

AVANT-PROPOS

En tête de ce travail qui marque le terme de nos études médicales, nous tenons à rendre hommage aux maîtres qui nous ont toujours accueillis avec bienveillance. Que M. le Docteur Chénieux, Directeur de l'Ecole de Médecine de Limoges, ainsi que M. Lemaître, professeur d'anatomie dans la même école reçoivent nos témoignages de gratitude pour la bienveillance avec laquelle ils ont dirigé nos débuts. Nous remercions M. Jaccoud des savantes leçons dont il nous a fait profiter à sa clinique. Enfin nous rendons hommage à la mémoire du D^r Cons Paul, professeur agrégé, en la personne de qui la faculté de médecine de Paris a fait une perte cruelle et sous la direction de qui nous avons terminé notre stage hospitalier.

Nous remercions également MM. les Docteurs Step. Bonnet, P. Petit et Pichevin, sous l'instigation de qui nous avons choisi ce sujet de thèse et qui nous ont toujours aidé de leurs précieux et savants conseils, dans l'exposé de notre sujet.

Que M. le Professeur Berger veuille bien agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Parmi toutes les maladies qui frappent la femme, les métrites tiennent de beaucoup le premier rang. Nous avons en vue dans ce travail leur traitement par le curettage. Les insuccès de cette opération ont été nombreux, mais il ne faut pas en conclure qu'il faille le supprimer. C'est une opération excellente, qui a fait ses preuves et qui rend les plus grands services quand elle répond à ses véritables indications; mais il faut la réglementer (1).

Cette opération facile et bénigne est tombée dans le domaine public, tout le monde a voulu curetter. Aussi de ce fait le curettage a été pratiqué à tort et à travers et en dehors de toute indication vraie et utile.

Quand une femme souffre, qu'elle présente des symptômes abdominaux ou hypogastriques, peu importe qu'elle perde ou qu'elle ne perde pas, qu'elle soit dyspeptique ou non; on fait le curettage. C'est une insuffisance de diagnostic et une insuffisance de connaissances gynécologiques.

Nous diviserons notre sujet en 7 chapitres :

- 1° Exploration directe de la muqueuse utérine.
- 2° Rétention du délivre avec hémorrhagie.

(1) BOUILLY. Bull. therap. Dujardin-Beaumetz, 95.

3° Hypertrophie simple de la muqueuse utérine.

4° Métrite simple.

5° Métrite compliquée de déplacements utérins et de sténose.

6° Métrite avec périmétrite.

7° Néoplasme, fibrome sphacélé, et épithélioma.

L'essentiel est donc de faire un diagnostic sérieux, de retourner la malade en tous sens.

Si l'on trouve une métrite, il faut en préciser l'espèce et intervenir oui ou non avec la curette selon les indications que nous donnons dans ce travail.

CHAPITRE PREMIER

CURETTAGE EXPLORATEUR

En présence d'une hémorragie utérine prolongée, irrégulière, compliquée ou non, d'écoulement leucorrhéique et dont l'origine n'a pu être reconnue par les antécédents héréditaires ou personnels de la malade, on doit pratiquer sans hésiter le curettage explorateur. En effet il donne des résultats précis. Son exécution est rapide et la tolérance des malades à son égard est si grande qu'on aurait tort de négliger un moyen d'investigations aussi précieux.

Lui seul dans certains cas peut lever les doutes de l'examen gynécologique ordinaire sur l'état de la muqueuse utérine. Grâce à lui on dépiste l'épithélioma cavitaire du col ou du corps, alors qu'on pourrait croire à la métrite ; réciproquement on acquière la preuve de métrite fongueuse chez des vieilles femmes qu'on pourrait croire atteintes de cancer ; témoin le fait que rapporte M. Pozzi :
« Mon regretté maître Gallard, dit-il, m'envoya pour
« l'opérer dans mon service, une malade dont le col indu-
« ré et irrégulier, les pertes roussâtres, avaient fait penser
« au cancer ; moi-même j'inclinai vers ce diagnostic,
« mais avec des réserves. La malade réclamant mon inter-
« vention je pratiquai le curettage explorateur et je rame-

« nais une petite tranche du col. Le microscope nous révéla
« qu'il s'agissait d'une simple inflammation chronique.
« Le traitement fut institué en conséquence et la malade
« évita de la sorte l'hystérectomie qu'un autre chirurgien
« avait été sur le point de pratiquer.

Certes, on alléguera que l'opération est douloureuse, qu'il faut faire au préalable la dilatation du col, etc., on aurait tort de s'arrêter à ces considérations devant l'importance du diagnostic. Du reste, il est rare que dans les cas où cette opération est indiquée, la cavité utérine ne soit pas facilement accessible. La curette de Récamier est celle qu'on doit préférer, on l'introduit doucement, on la ramène de haut en bas en pressant sur les parois et on a un lambeau de muqueuse. En général cette opération n'est pas douloureuse et ne détermine qu'un suintement sanguin négligeable.

Le plus souvent, l'examen microscopique suffit et l'on ne confondra pas, par exemple, les fragments du cancer, lardacés par place, et caséux en d'autres points, avec le polype muqueux, de consistance beaucoup plus ferme, couleur fraies de grenouilles; les villosités de l'hyperplasie muqueuse simple à forme lisse, avec les villosités placentaires qu'il suffit d'examiner sous l'eau pour les reconnaître. Malgré les renseignements que nous donnent ces fragments, il faut reconnaître que, dans un bon nombre de cas, le microscope seul donne la certitude, alors que le diagnostic clinique ou macroscopique est incertain ou erroné.

Il peut y avoir en effet des causes d'erreur et on nous objectera les suivantes :

1° La curette employée tout à fait au début d'un cancer de l'utérus peut épargner le petit coin de la muqueuse atteinte d'épithélioma, et ne ramener au dehors que des tissus sains ou légèrement enflammés ?

Nous répondrons que l'inocuité du curettage est si grande qu'on aurait tort de se borner à ramener quelques fragments de muqueuse, il faut passer un peu partout avec la curette et faire de nombreux examens histologiques avec les débris recueillis.

2° On nous objectera également que non seulement les fragments de la muqueuse utérine examinés d'une façon macroscopique ne donnent pas un diagnostic sûr, mais que le microscope même est sujet à des causes d'erreur ?

Les caractères histologiques du cancer sont si bien connus aujourd'hui qu'un examen sérieux, fait par un homme habitué au microscope doit lever tous les doutes.

M. Bonnet et M. Petit ont décrit d'une façon magistrale, dans leur traité pratique de gynécologie, les caractères auxquels on peut reconnaître le cancer dans le cours de son développement. J'emprunte à leur livre les données suivantes, qu'ils rangent en trois chefs principaux :

« 1° *Modifications de l'épithélium.* — Prolifération
« des cellules sur plusieurs couches; absence de cils
« vibratiles; évolution sous forme métatypique; Altéra-
« tions glandulaires; parfois dégénérescence muqueuse
« complète; modifications qui, toutes, paraissent dépendre
« d'une désorientation de la cytodière.

« 2° *Modifications du stroma conjonctif.* — Dispari-
« tion du revêtement péri-épithélial [de cellules plates;
« transformation des simples plicatures de la paroi glan-

« dulaire en papilles très vasculaires ; dissémination
« irrégulière des cellules conjonctives autour des parois
« glandulaires, au lieu d'une sériation régulière et con-
« centrique.

3° *Modifications de l'épithélium avec les tissus am-
biants.* — « Quasi fusionnement des deux sortes d'élé-
« ments par suite de la disparition des cellules plates in-
« terposées ; rétraction de l'épithélium en voie de proli-
« fération vers le centre du conduit glandulaire, d'où for-
« mation d'un espace vide entre le tube épithélial et la
« paroi de la glande. »

En ayant présents à l'esprit les caractères que nous venons d'énumérer, on doit reconnaître le cancer, certes ils ne se présentent pas tous simultanément, mais suivant des phases successives qui correspondent à l'évolution du néoplasme la présence d'un ou de plusieurs de ces caractères, met sûrement sur la voie du diagnostic et fait profiter la malade d'une opération qui peut avoir de bons résultats, si les tissus ne sont pas trop infiltrés d'éléments cancéreux.

En un mot, à condition d'être pratiqué en dehors des états aigus et dans des conditions parfaites d'asepsie et d'antisepsie, le curettage explorateur est d'une inocuité parfaite et peut seul dans un bon nombre de cas, donner des renseignements précis sur la nature de la maladie.

CHAPITRE II

RÉTENTION DU DÉLIVRE AVEC HÉMORRHAGIE

Lorsque peu de temps après un accouchement à terme ou un avortement une femme perd beaucoup de sang, lorsqu'elle accuse des douleurs vives lancinantes du côté des reins, cette femme a encore dans son utérus une partie du délivre. « Tant qu'une femme n'est pas délivrée, disait Antoine Dubois, elle n'est pas accouchée. »

Très peu de temps après l'accouchement ou l'avortement, l'utérus se referme au point de rendre la délivrance artificielle avec la main impossible. Les reliquats placentaires ou choriaux restés dans l'utérus déterminent à un moment donné des hémorrhagies graves.

On n'a pas d'autre ressource pour intervenir rapidement et radicalement que la curette. Il peut arriver que dans certains cas, l'écouvillon suffise. Mais cet instrument préconisé par MM. Budin et Tarnier est insuffisant la plupart du temps. On conçoit *à priori* qu'il ne possède pas la force suffisante pour détacher des parties souvent si adhérentes, qu'on est obligé de recourir au morcellement avec des pinces. L'écouvillon est donc insuffisant, il est pourtant employé et avec raison après le curettage pour ramener au dehors tous les petits débris détachés par la curette et qui pourraient rester dans l'utérus.

Nous venons de nommer l'instrument du choix pour

les métrites hémorrhagiques à la suite de rétentions placentaires. Tantôt ces hémorrhagies font suite tantôt immédiatement aux écoulements de la parturition, tantôt elle se montrent après une convalescence normale, ou même après un temps beaucoup plus long. Ces hémorrhagies, ne menacent pas toujours la vie des malades, mais elles les condamnent à l'inaction, elles occasionnent des anémies profondes, et ne cessent (c'est là le fait le plus important) que lorsque la matrice se vide. Il ne faut pas attendre, il faut tout de suite faire le curettage.

Il arrive assez souvent qu'on est appelé à prendre une détermination pour des cas de fausses couches. Si on se trouve auprès d'une femme qui ait une hémorrhagie inquiétante et qu'on puisse affirmer que la fausse couche soit inévitable, on doit agir sans retard. La première des indications est de ne pas donner d'ergotine, car il est plus que probable que l'œuf est demeuré en tout ou en partie dans l'organe, et donner de l'ergotine, c'est emprisonner le *loup dans la bergerie* (1); pas davantage de fausses manœuvres chirurgicales, d'interventions timides et incomplètes et de ce fait seul, néfastes, comme des tractions exercées sur des pinces qui morcellent l'œuf et nuisent ainsi à son expulsion naturelle ; sans compter les dangers d'infection inhérents à ces manœuvres répétées, sans compter l'énervement dans lequel elles mettent les femmes et qui ne laissent pas d'influer sur leur santé. En un mot, on ne doit pas se borner à des manœuvres dont le succès est équivoque et qui retardent d'autant la guérison finale. Dans ces cas, en effet, la curette fait mer-

(1) P. Petit.

veille, et seule, elle réussit à tarir ces écoulements sanguins contre lesquels échouent le repos, les injections chaudes et les meilleures préparations hemostatiques.

Mais il est un point très important que l'on doit toujours avoir présent à l'esprit. Pour être autorisé à pratiquer le curettage, il faut que l'hémorrhagie soit suffisamment inquiétante comme quantité et comme durée, et que la fausse couche soit reconnue inévitable.

L'abondance même de l'hémorrhagie est un critérium tout à fait insuffisant.

Il faut avoir constaté l'ouverture de la poche des eaux, l'issue au dehors des fragments d'œuf autres que la caduque, ou avoir perçu du doigt que l'œil est ouvert, ce qui est le plus souvent possible, le col étant suffisamment dilaté et les villosités s'offrant à la pulpe du doigt explorateur. Tant que l'arrêt de développement et le décollement de l'œuf ne peuvent pas être considérés comme certains, le médecin doit s'abstenir de toute intervention manuelle ou instrumentale. En un mot, en l'absence de symptômes graves, il doit se borner à une surveillance vigilante, commander le repos le plus absolu et administrer de la morphine en injections sous-cutanées.

Mais si la femme perd beaucoup, si le travail intermittent et sans résultat, traîne pendant des jours et pendant des semaines, il ne doit pas la laisser s'épuiser de douleurs stériles et devenir trop débile pour ne pouvoir de longtemps, ni concevoir, ni mener à bien des grossesses ultérieures.

CHAPITRE III

Il est un troisième ordre de faits que nous allons décrire sous le nom de métrite hypertrophique.

Nous empruntons en grande partie à l'ouvrage de MM. Bonnet et Petit la description de cette affection. L'hypertrophie simple de la muqueuse utérine à prédominance glandulaire ou interstitielle, souvent considérable, lisse ou polypeuse, non liée à l'inflammation, se rattache à la subinvolution utérine et à la stase qui en résulte, aux tumeurs de l'utérus, aux flexions et surtout à la retroflexion. On trouve quelquefois chez les vierges des cas d'hypertrophie de la muqueuse le plus souvent à forme polypeuse. Cette hypertrophie semble être d'une genèse spontanée et mérite par suite le nom d'*adenome endométritique*.

L'hypertrophie coïncide souvent avec des lésions péri-utérines d'ordre inflammatoire ou pseudo-inflammatoire. Dans le premier cas il peut y avoir relation de cause à effet par l'intermédiaire de la congestion active, entre l'inflammation péri-utérine et l'hypertrophie endométritique. Dans le second cas tout l'ensemble du processus semble se rattacher à la subinvolution.

Enfin il est des cas, bien étudiés par Küstner et surtout par Schroïder ou l'hypertrophie s'étend à toute la mu-

queuse ayant comme points de départ les ilots de la caduque.

Les recherches hypertologiques et microbiennes faites sur les delivres de cette muqueuse hypertrophiée ont constamment montré qu'il ne s'agissait pas d'inflammation à cause du trop petit nombre de leucocytes qu'on trouve à l'intérieur des glandes, ni d'infection, car les cas où l'on a rencontré des bacilles pathogènes sont rares et difficiles à juger, il faut admettre alors soit une hyperplasie inflammatoire, soit une infection greffée sur une hyperplasie d'ordre trophique, ce qui paraît plus probable.

L'hypertrophie de la muqueuse utérine est constante dans les cas de fibromes sous-muqueux, sauf, au niveau de la tumeur où il y a au contraire atrophie.

Les hypertrophies de l'endométrium corporéal, celles qui accompagnent la fibrome sous-muqueux et l'hypertrophie de la métrite déciduale se traduisent par un symptôme constant l'hémorrhagie. Il s'y joint des douleurs plus ou moins fortes, pendant les règles ou dans leur intervalle, parfois de l'hypersécrétion muqueuse. Mais il s'agit ici d'un liquide plutôt aqueux que muqueux, dans tous les cas jamais purulent. En cas de fibro-myome cet écoulement s'exagère et peut devenir très abondant, au point de gêner considérablement la femme et de l'obliger à garder la chambre.

Dans la métrite déciduale, les hémorrhagies se montrent quelque temps après l'avortement, leur marche est typique, la malade perd plus ou moins chaque jour, mais il ne se passe pas de journée sans perte. Cette affection, comme les précédentes, guérit complètement par le curage.

Je fais cependant quelques réserves pour les cas où l'hypertrophie de la muqueuse est provoquée par un fibrome ou un polype utérin. Dans ces cas, en effet, le curettage outre qu'il est difficile ou impossible par le fait de la déviation de la cavité utérine, ne donne que des résultats très fugaces persistant à peine un ou deux mois, il vaut beaucoup mieux, si l'on ne croit pas devoir recourir à une opération tout à fait radicale comme l'hystérectomie, ou radicalement curative, dans des cas donnés, comme la castration, recourir à la méthode d'Apostoli.

Quand on a enlevé un polype utérin, il ne faut jamais manquer de faire suivre l'ablation de la tumeur d'un curettage de la muqueuse utérine, sous peine de voir les hémorrhagies persister avec ténacité et enlever tout le bénéfice de l'opération.

Dans tous les autres cas, il faut, sans hésiter, avoir recours au curettage. C'est la seule intervention à proposer; il donnera presque toujours, pour ne pas dire toujours, un succès complet et durable. (Bonnet et Petit).

CHAPITRE IV

MÉTRITE SIMPLE.

Tout d'abord, il nous faut absolument distinguer la métrite aiguë de la métrite chronique, et dans la métrite aiguë la métrite blennorrhagique de la métrite puerpérale.

La métrite aiguë blennorrhagique se localise habituellement au col et s'accompagne presque toujours de vulvovaginite. Dès qu'avec le spéculum ou avec le doigt explorateur on touche le col, la malade souffre et se plaint, la douleur siège à la région sacrée, au bas des reins.

L'inflammation des glandes du col provoque de l'hyper-sécrétion qui se traduit par l'écoulement d'un liquide vitreux qui empêche fortement le linge, mais qui ne le tache pas. Cette sécrétion se trouble rapidement par l'adjonction d'éléments épithéliaux et de leucocytes et elle devient jaunâtre, puis après verdâtre,

Les fonctions physiologiques ne sont pas troublées, mais si, au lieu, de s'arrêter au col où elle peut devenir chronique, elle se propage au corps, c'est alors que surviennent les dangers de la propagation aux annexes, de l'infection utérine.

Le véritable traitement de la métrite blennorrhagique, lorsqu'elle est localisée au col, n'est pas le curettage, en

effet on risque de propager au corps une affection localisée au col, surtout chez les nullipares chez lesquelles l'orifice interne a toute sa tonicité et offre une grande résistance à l'invasion microbienne. On se bornera aux topiques, aux badigeonnages à la glycérine créosotée, introductions de crayons à base d'ichtyol, en ayant bien soin toutefois de ne pas franchir l'orifice interne.

Recommander à la malade le repos au lit pendant quelque temps et surtout le repos sexuel. Habituellement la métrite ou plutôt la cervicite blennorrhagique cède assez facilement surtout si le début du traitement est loin de l'époque des règles.

Mais il en est tout autrement si l'on a affaire à une métrite subaiguë totale. Nous admettons bien qu'on commence par les lavages intra-utérins après dilatation préalable à la laminaire, par les tamponnements à la gaze iodoformée, etc.. mais quand l'affection ne cède pas rapidement, il faut, sans hésiter, avoir recours au curettage, c'est le meilleur moyen de prévenir le passage à l'état chronique ; pour assurer la guérison, il faut faire suivre le curettage de l'écauvillonnage et appliquer des pansements intra-utérins avec des substances antiseptiques, tels que la gaze iodoformée ou les tampons de glycérine créosotée.

Nous venons de voir que dans la métrite blennorrhagique, il faut temporiser. Dans la métrite aiguë puerpérale, au contraire, il n'y a pas à attendre. Plus vite on agit et plus la femme a de chances de guérir.

En effet, la putridité envahissant soit la grande plaie qui résulte du décollement du placenta et des mem-

branes, soit les déchirures déterminées par le passage de l'enfant, constitue l'origine et le foyer de l'infection puerpérale. Cette putridité détermine un ramollissement pulpeux de la caduque utérine et du disque placentaire. Il se produit ordinairement une pseudo-membrane grisâtre qui couvre toute l'étendue de la muqueuse utérine. Ce foyer est d'autant plus dangereux que l'utérus est dans des conditions de vascularisation qui favorisent une absorption rapide des produits septiques. Le vrai traitement est de changer la nature de cette plaie en la débarrassant des tissus mortifiés qui l'empoisonnent au moyen de la curette.

Il ne faut pas s'attarder aux injections intra-utérines bonnes, tout au plus à prévenir l'infection dans les cas où on a à la craindre, mais qui expose à des dangers beaucoup plus nombreux, et moins facilement inévitables que ceux attendant au curettage, dangers sur lesquels Pawlik vient de nouveau d'insister tout récemment à la Société de Médecine de Berlin. C'est ainsi qu'il a pu réunir, jusqu'à l'année 1890, quinze cas de mort consécutive à des injections intra-utérines et qu'il attribue, soit au passage du liquide injecté dans le péritoine par la trompe, soit au passage du liquide injecté à travers les vaisseaux utérins béants, soit enfin à la propulsion des germes pathogènes dans le péritoine par la trompe.

Il arrive assez souvent que des injections intra-utérines sont suivies de grands frissons ce qu'il est difficile d'expliquer autrement que par une invasion microbienne.

Du reste l'injection, outre qu'elle ne prévient pas l'infec-

tion et provoque même des accidents, est impuissante à débarrasser l'utérus. En effet, elle ne fait que glisser sur le putrilage constitué dans ce cas par la muqueuse utérine en entraînant à peine quelques leucocytes, et pour peu que la sonde vienne à frotter contre les parois, elle fait effraction et crée ainsi des portes d'entrée lymphatiques. Ainsi donc, toutes les précautions nécessaires pour éviter ces accidents, danger d'issu du liquide dans le péritoine, dans les veines ; dangers de propulsion des germes dans le péritoine, dans les veines, dans les lymphatiques, sans compter la douleur et l'énervement provoqués chez la femme. Enfin, action tout à fait insuffisante, voilà ce à quoi on doit s'attendre avec l'injection intra-utérine. Avec la curette, un seul danger sérieux, bien que la mort ne s'en suive pas toujours, la perforation de l'utérus, mais ce danger est facile à éviter surtout pour une main exercée. Tout d'abord, il faut se servir d'une curette mousse, celle de Récamier, par exemple. On l'introduit dans l'utérus et on racle, la main perçoit alors très nettement lorsque la cuiller entraîne quelque chose, ou lorsqu'elle glisse sur une couche sans y pénétrer. La mollesse, la friabilité des tissus pathologiques, donne des sensations très-différentes de celles du tissu normal. Le râclage des masses molles communique à la main des vibrations faibles, celui des tissus sains, produit une vraie crépitation perceptible à l'ouïe. Cette crépitation, quoique moins nette lorsqu'on racle l'utérus d'une nouvelle accouchée, n'en est pas moins facilement reconnaissable.

Dans la métrite aiguë *post abortum*, ou a beaucoup

plus de chances de guérison que dans la métrite *post partum*, parce que la surface d'absorption est moindre et surtout les vaisseaux moins béants, parce que l'utérus revient beaucoup plus vite sur lui-même, parce que très souvent on n'a affaire qu'aux germes de la putréfaction qui travaillent en surface et qui, en somme, ne font que préparer la voie aux grandes infections, streptocoques en tête. Il est cependant des cas où l'intervention avec la curette semble inutile. Ainsi, quand l'infection a lieu dans les 48 heures, que la femme maigrit rapidement et considérablement, (on en voit qui s'émacient véritablement en quelques jours), qu'elle a de l'hypothermie et surtout du délire, qu'elle ne se plaint pas de son ventre et qu'on ne trouve pas de lésions péri-utérines qui, véritablement, semblent jouer le rôle de déversoirs, de lésions fixatrices. On aura bien peu de chances de sauver ces malades, même avec le curetage le plus soigneux. Nous estimons pourtant qu'on ne doit pas abandonner une malade à elle-même, à moins qu'elle ne soit vraiment agonisante, parce qu'en somme on a parfois des guérisons inespérées et qu'en opérant vite avec de larges curettes, pour épargner le sang, en ne donnant pas de chloroforme, on n'aggrave pas l'état des malades et on débarrasse l'utérus des putréfactions qui s'y trouvent.

L'hystérectomie a été proposée pour remplacer le curetage dans les cas où celui-ci devient impuissant, mais cette proposition ne me paraît guère pratique. En effet, dans les cas où le curetage ne doit pas réussir, l'état général est tel que l'hystérectomie ne réussirait pas davantage,

constituant de plus un traumatisme d'une gravité exceptionnelle, sans compter les difficultés qu'on peut rencontrer : friabilité du tissu par le fait de sa dégénérescence, et béance des vaisseaux, par le fait du défaut d'involution.

ENDOMÉTRITE CHRONIQUE

Nous pouvons résumer ainsi l'action du curettage avec les curettes ordinaires, moyennement tranchantes, sur l'endométrite chronique du col : il assèche pour un certain nombre de jours la muqueuse, et si on nous pardonne l'expression, blanchit momentanément la lésion et facilite la guérison qui serait beaucoup plus longue avec de simples pansements intracervicaux. Mais ce sont ces pansements qui ont le dernier mot et nous croyons même que les topiques que l'on fait agir immédiatement après le curettage ont une action supérieure à celle de la curette tout en lui devant l'augmentation de leur efficacité. (P. Petit).

Quand il s'agit d'endométrite chronique avec catarrhe gluant et vitreux, on échoue aussi bien avec le curettage ordinaire qu'avec les pansements, le hersage même est insuffisant.

En effet dans cette affection les villosités de l'arbre de vie sont exagérées, les glandes sont plus nombreuses, plus ramifiées qu'à l'état ordinaire, elles sont oblitérées ou non sur un segment de leur trajet, d'où formation des

œufs de Nabot (1), elles s'enfoncent très profondément dans l'épaisseur de la paroi musculaire, en s'aplatissant. C'est précisément ce qu'il est important de connaître au point de vue du traitement. Le meilleur moyen d'obtenir la guérison est d'employer soit l'incision intracervicale, suivant le procédé de M. Bouilly, soit la façon de faire adoptée par MM. Bonnet et Petit et qu'ils ont appelé «évidement du col ». Ils se servent pour cette opération d'une curette très tranchante et ils enlèvent non seulement la muqueuse, mais encore des copeaux de muscle. Ce procédé leur a donné de très bons résultats.

Quand il y a ectropion muqueux par excision traumatique des lèvres du col, il faut avoir recours, après le curetage, bien entendu, à la résection du col suivant le procédé de Schroöder. Nous ne voulons pas décrire cette opération, mais nous ne pouvons cependant pas nous empêcher de noter un fait très remarquable : c'est que quand cette opération est indiquée, bien qu'elle ne supprime qu'une portion de la muqueuse cervicale, bien que l'on n'agisse sur ce qui reste qu'avec des curettes ordinaires, le catharre disparaît comme par enchantement. Après cette opération, en effet, les lésions du canal cervical s'amendent, la muqueuse participe au travail d'involution qui s'empare du muscle après l'amputation du col. Enfin, le drainage des liquides est beaucoup plus facile par le fait d'un raccourcissement du col.

Endométrique chronique totale. — Dans l'endométrite chronique totale, aux écoulements muco-purulents qui

(1) BONNET et PETIT, Traité pratique du Gynécologiste.

viennent principalement du col se joignent ordinairement des écoulements sanguins anormaux qui viennent du corps. Ces écoulements reconnaissent généralement comme cause l'hyperplasie de la muqueuse, farcie ou non de microbes. Mais qu'ils soient purement d'origine inflammatoire, ou qu'ils dérivent d'une infection hantée sur une lésion trophique, peu importe, l'hémorrhagie doit céder au curettage. Mais il faut bien se garder de croire que la guérison est absolument constante. Lorsque l'hyperplasie est liée aux écoulements, ils semblent céder aussi bien qu'il y ait ou non adjonction du microbes. C'est que tout au contraire de ce qui se passe dans le col, les culs-de-sac de la muqueuse corporéale, ne pénètrent que rarement ou mieux en petit nombre dans le muscle et les microbes qu'ils contiennent n'ont point à se tapir derrière le tranchant de l'instrument.

Ainsi donc il arrive très souvent que dans l'endométrite totale on a guérison des métrorrhagies par le curettage ordinaire.

Quant aux écoulements muco-purulents qui accompagnent ordinairement ces hémorrhagies, s'ils persistent, il faut alors avoir recours au procédé de Bonnet et Petit que nous avons mentionné plus haut. On a donc guérison des hémorrhagies et persistance des écoulements, c'est là, entre parenthèse, un argument qu'il faut invoquer en faveur de l'origine non inflammatoire de l'hyperplasie de la muqueuse corporéale dans l'endométrite.

Si l'inflammation était primitivement en cause dans cette lésion, on ne voit pas pourquoi elle ne la reproduirait pas quand elle persiste.

CHAPITRE V

MÉTRITE COMPLIQUÉE DE DÉPLACEMENTS UTÉRINS ET DU STÉNOSE.

Nous ne voulons pas passer en revue tous les genres de déplacements de l'utérus, ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Nous allons parler de ceux qui sont compliqués de métrite et auxquels le curettage est applicable, après redressement préalable bien entendu.

La déviation de l'utérus ne constitue pas à elle seule une maladie, mais seulement un facteur ou pour mieux dire un coefficient d'un état morbide complexe dans lequel le déplacement n'entre que pour une part variable. (Pozzi).

Dans l'anté-flexion, l'axe du corps de l'utérus forme avec le corps un angle beaucoup plus aigu qu'à l'état normal et naturellement au niveau de la courbure l'orifice de l'utérus est rétréci, autrement dit-il y a sténose. C'est précisément au niveau de la coudure que prédominent les lésions de métrite, c'est sur ce point que les fougosités de la muqueuse sont le plus épaisses ; et il s'y forme souvent, si l'on n'intervient pas à temps, un tissu de sclérose qui rend la déformation irréductible (1).

(1) BONNET ET PETIT. — *Traité de Gynécologie*.

Dans cette affection les douleurs menstruelles sont caractéristiques, ce sont de véritables coliques utérines, quand la sténose est prononcée, il y a même sinon rétention des règles du moins écoulement très lent et quelquefois intermittent.

C'est ainsi que se trouve constituée une des formes fréquentes de la métrite virginale.

Cette affection n'est pas sans retentir sur le fonctionnement des principaux organes, et principalement sur l'estomac.

On a été obligé, chez certaines malades, de recourir au gavage, l'intolérance gastrique peut devenir extrême et des malades ont rejeté par vomissements des liquides introduits dans leur estomac au moyen du tube œophasien.

Les pertes sont généralement constantes plus ou moins visqueuses et abondantes, elle obligent la malade à se garnir continuellement.

La muqueuse s'hypertrophie et se ramollit. On voit quelquefois la malade devenir cachectique.

Quel est le traitement à appliquer ? Certainement les procédés opératoires ne manquent pas, la discision, l'amputation biconique du col, la stomatoplastie, la dilatation avec la laminaire, l'éponge préparée ou les bougies de Hégar. Ces procédés ont leurs indications et ils ont à leur actif plusieurs succès ; mais, à notre avis, le meilleur est encore le curettage quand on peut redresser l'utérus, suivi ou plutôt précédé d'un traitement général tonique et antispasmodique. Le curettage a pour action non seulement de provoquer la rénovation de la muqueuse, mais

encore de détruire parfois certaines brides musculo-muqueuses, restes probables de la période embryonnaire et qui ne sont probablement pas sans action sur la dysménorrhie.

Les différents modes de déplacements de l'utérus sont passibles du même traitement.

CHAPITRE VI

MÉTRITE AVEC PÉRIMÉTRITE

La métrite ne se localise pas toujours à l'utérus et étant donné les nombreuses relations anatomiques des organes pelviens l'inflammation se propage soit par la voie utéro-tubaire, soit par la voie des vaisseaux, devient péri-utérine et présente concurremment des localisations multiples.

Le parametrium reçoit les lymphatiques émomés du col de l'utérus et de la partie supérieure du vagin. On comprend dès lors qu'il peut y avoir paramétrite à la suite de lésions septiques de ces deux régions. Le ligament large a des rapports avec les lymphatiques du parametrium, et avec ceux qui émanent du corps de l'utérus et de la trompe. Il est à présent facile de comprendre que les inflammations de l'utérus [ou de la trompe peuvent s'étendre au ligament large et y provoquer des fluxions énormes.

La salpingite ne fait que continuer la métrite par voie muqueuse.

L'ovarite est le plus souvent liée à la salpingite, l'infection se transmet à la glande par le canal de la trompe ou par les vaisseaux. Enfin la pelvi-peritonite n'est que la continuation directe de la salpingite. Elle procède cependant assez souvent de la métrite à cause de la

richesse du réseau lymphatique sous-endothélial de l'utérus et de ses nombreuses anastomoses avec le réseau muqueux sous-jacent ainsi que l'a si bien indiqué M. Poirier.

Avec des relations anatomiques aussi étroites que celles que nous venons d'indiquer, il n'est pas douteux que le curettage de l'utérus lorsqu'il y a métrite avec périmétrite soit suivies des meilleurs effets. Malgré cela l'appréciation en est assez difficile, car ici plus que partout ailleurs il faut compter avec l'intervention des influences hygiéniques bonnes ou mauvaises et l'évolution naturelle de la maladie.

Il n'est pas d'organe en effet qui fonctionne d'une façon aussi brusque et aussi active que l'appareil génital et par suite pas d'organe qui bénéficie autant au point de vue morbide du repos fonctionnel : La suppression du coït de la grossesse, le repos au lit pendant les règles, exercent sur l'utérus et ses annexes la plus heureuse influence.

D'un autre côté nous savons à n'en pas douter que la salpingo-ovarite, lors d'une première atteinte peut guérir pour ainsi dire toute seule et que si elle continue à évoluer elle peut aboutir à une atrophie définitive des deux organes qui, s'il n'y a pas d'adhérences mal placées, équivaut à une guérison morbide avec perte de la fonction.

En présence de cette action complexe et éminemment variable, suivant les cas des facteurs hygiéniques et de leur nature médicatrice, on comprend que l'action également indirecte du curettage sur l'inflammation périnéterminale soit assez difficile à dégager.

On peut cependant dire d'une façon générale que lorsqu'il y a métrite avec hyperplasie simple, il faut toujours faire le curettage même si on se résout à une intervention radicale. En effet, s'il s'agit de laparotomie, on peut être obligé de faire le curettage dans les mois qui suivent cette opération, faute de ne pas l'avoir faite avant ou en même temps.

Si on croit devoir choisir l'hystérectomie, le curettage semble alors absolument inutile, puisqu'on intervient sur un organe qu'on se propose d'enlever, il n'en est pas moins vrai que même ici, il faut curetter l'utérus pour en assurer l'asepsie, et les cas ne sont pas rares, où l'on a vu l'infection se produire par les liquides sortant de l'utérus, alors qu'on avait pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires pour le lavage du vagin, etc.

Dans l'inflammation circumatérine, le curettage associé à la dilatation est d'une parfaite inocuité, on peut le pratiquer sans inconvénient à l'état aigu ; cependant, il est plus prudent, surtout s'il y a prédominance de la périmétrite, d'attendre la période d'accalmie. Ainsi que l'indique Doléris, il faut agir avec la curette principalement au niveau des orifices tubaires et de l'isthme utérin, points où se font les sténoses inflammatoires particulièrement défavorables au libre écoulement des liquides. Mais dans ce cas particulier, la plus grande difficulté pratique dans l'emploi du curettage associé ou non à la dilatation, consiste à le prendre pour ce qu'il est, c'est-à-dire un moyen palliatif, adjuvant, d'attente ou d'essai.

Dans les cas puerpéraux récents, lorsqu'il n'y a pas de collection à ouvrir, pas d'extension péritonéale suscep-

tible de mettre la laparotomie d'urgence en question, le curettage est très souvent suivi d'une disparition très rapide de la périmétrite. Il est vrai qu'on peut nous objecter que des tuméfactions énormes ont évolué assez vite vers la guérison sans curettage ; cela est vrai, mais des constatations de ce genre, n'ont rien d'embarrassant au point de vue de la détermination à prendre. La métrite puerpérale seule recommande le curettage, la périmétrite cède à la suite de cette intervention, tant mieux.

Quant à savoir si elle a vraiment cédé au curettage, nous ne pouvons pas l'affirmer ; néanmoins, avec les relations anatomiques dont nous avons parlé plus haut, il semble naturel que lorsqu'on a supprimé la source de l'infection en changeant ce milieu septique ou viennent puiser tant de lymphatiques on comprend que les lésions péri-utérines s'amendent.

S'il s'agit d'une poussée aiguë de blennorrhagie annexielle, il faut se borner au repos et au traitement médical décongestif.

Quand les symptômes d'acuité sont traités on peut attaquer comme nous l'avons déjà dit plus haut l'écoulement utérin par le curettage et surtout en y joignant la dilatation de façon qu'on puisse faire le drainage à la gaze. D'une façon générale, l'action du curettage dans les états chroniques est très bonne, mais elle est moindre que celle de la dilatation qu'on doit toujours lui adjoindre et qui, même, peut être employée seule contre les adhérences, quand l'inflammation intra-utérine est complètement éteinte. On comprend donc que le curettage en supprimant l'infection à sa source, lorsqu'elle est à l'état

aigu, lorsque la phagocythose est très active puisse arrêter complètement le mal dans son extension. Dans les cas chroniques, au contraire, il n'agit guère à la périphérie que momentanément et surtout sur l'élément douleur en tant que saignée locale.

CHAPITRE VII

NÉOPLASINES. — FIBROME SPHACÉLÉ ET ÉPITHÉLIOMA.

Il est bien évident que nous n'avons en vue dans ce chapitre que les cancers inopérables du col ou du corps que ceux où la lésion est trop avancée pour qu'aucune intervention sérieuse ne puisse être tentée.

Le curettage dans cette terrible maladie n'est simplement que palliatif, mais s'il ne guérit pas, ce qu'on aurait tort d'attendre de lui, il est tout au moins susceptible de supprimer les deux causes d'affaiblissement des malades, hémorrhagies et écoulements fétides. En effet on a vu des malades souffrant depuis six mois d'écoulement fétide et sanguinolent accompagné de douleurs très intenses dans les lombes et les flancs, ces femmes s'émacient très rapidement et font réellement peine à voir, il faut à tout prix les soulager. Le meilleur moyen est d'employer la curette, mais alors une large curette bien tranchante de façon à pouvoir enlever d'une façon rapide et relativement complète les fongosités qui encombrant la cavité utérine. Après cette opération il survient habituellement une hémorrhagie abondante qu'on ne réussit à arrêter qu'au moyen de cautères en roseaux chauffés au rouge et promenés rapidement dans tout l'utérus.

Le curettage est surtout indiqué lorsque les fongosités

sont exubérantes et le sujet résistant. Dans ces conditions il procure ordinairement du fait de la suppression des écoulements sanguins un relèvement notable des forces, une facilité plus grande dans la marche et un certain retour de l'appétit (Bonnet et Petit).

Il faut ajouter au curettage le traitement institué par le docteur Guinard. On prend un morceau de carbure de calcium de la grosseur d'une noix, on l'introduit dans le vagin et on fait immédiatement un tamponnement moyennement serré à la gaze iodoformée. Au contact des liquides il se forme de l'acétylène et de la chaux qui modifie l'aspect de l'épithélioma.

Au bout de deux jours, en effet, on se trouve en face d'une plaie blanc grisâtre et sèche, les femmes s'en déclarent très satisfaites, on recommence le pansement tous les quinze jours. Il faut pourtant faire attention de ne pas être trop près du péritoine, ce qui arrive après plusieurs grattages, car alors l'application du carbure de calcium devient douloureuse.

En un mot, le curettage, en cas de cancer inopérable, n'a d'autre prétention que d'arrêter les pertes rouges et sanieuses qui gênent considérablement les femmes et enflamment les tissus voisins, de relever par suite, dans une certaine mesure, l'état général et, la morphine aidant, de raviver chez ces malheureuses femmes cette douce flamme d'espoir qu'il est de notre devoir d'entretenir jusqu'au bout, tout en soulageant.

Le curettage n'a aucun effet sur l'élément douleur, à moins qu'il n'y ait dilatation de l'utérus par les tissus cancéreux. C'est à la morphine qu'il faut s'adresser pour

calmer les souffrances, on ne pourrait pas la refuser sans cruauté à ces malades, mais il faut s'efforcer d'en limiter l'emploi et d'éviter les abus qui achèvent d'altérer les fonctions digestives et de déprimer les forces.

Enfin je ne veux pas insister sur l'utilité du curettage au cas de fibrôme sphacélé, il agit très bien, ainsi que nous l'avons dit plus haut, contre l'hyperplasie de l'endometrium et les hémorrhagies qui en dépendent, mais ses effets ne se prolongent pas au delà de quelques mois et il n'est applicable qu'aux petites tumeurs, à condition toutefois qu'elles ne soient pas interstitielles, cas où l'hystérectomie serait indiquée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (Due à l'amabilité de M. BONNET)

Curettage explorateur.

Mme D..., 22 ans, bonne, 20 rue Morer.

Antécédents. — Deux frères et une sœur morts de tuberculose.

Réglée à 16 ans et $1/2$, régulièrement ; à 19 ans, pendant un bal et ayant ses règles, prend une boisson glacée, l'écoulement s'arrête brusquement et l'aménorrhée persiste pendant 7 mois.

Se marie à 20 ans, fièvre typhoïde 3 mois après. Depuis lors, leucorrhée continue, règles profuses avançant de 5 ou 6 jours et durant 8 ou 10, accompagnées de douleurs hypogastriques et lombo-sacrées. Pas de grossesses.

Examen le 8 juillet 1889. — Femme pâle, lymphatique, rousse, à tissus décolorés et flasques. — Vagin normal, col conique, sans inversion, utérus gros et mou, rétrodéviatiion légère, rien aux annexes qui sont très faciles à palper. H. : 8 cent. La malade ne tousse pas habituellement et l'auscultation ne révèle aucun signe certain de tuberculose pulmonaire. Le mari a toutes les apparences d'une bonne santé.

Curettage explorateur. — Les fongosités épaisses et vasculaires sont examinées par le docteur Petit qui diagnostique une métrite tuberculeuse. — Curettage le 12 juin. La malade suivie pendant plusieurs mois a vu ses règles réduites et régu-

larisées, son état général s'est amélioré sensiblement puis elle a été perdue de vue et l'on a appris ultérieurement qu'elle avait succombé à une tuberculose aiguë au mois de septembre de l'année suivante.

OBSERVATION II. (Due à l'amabilité de M. BONNET.)

Curettage explorateur.

Mme L..., 38 ans, sans profession. Francouville.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement, mariée à 18 ans, grossesse 9 mois après, traversée par une atteinte de variole, le deuxième mois, néanmoins accouchement à terme, mais après 3 jours de douleurs, enfant mort pendant le travail, suites fébriles. Deuxième grossesse 3 mois après, terminée à 6 mois par un avortement gémellaire. Deux autres grossesses à 3 et 4 ans d'intervalle, terminées par un accouchement laborieux, mais naturel.

Examen 25 septembre 1891. — Femme très grande et d'une obésité excessive, considérablement anémiée. Depuis 2 ans, ménorrhagies et métrorrhagies irrégulières et copieuses, qui ont fait place depuis 4 mois, à un écoulement sanguin, ininterrompu.

A l'examen direct, le vagin et le col ne présentent rien d'anormal et l'écoulement n'a aucune odeur. Le palper est rendu impossible par l'épaisseur des parois et le toucher vaginal permet seulement de constater que l'utérus est gros et que les annexes sont saines. Le diagnostic hésite entre un fibrome sous-muqueux du fond de l'organe et l'endométrite hémorrhagique. L'aspect général de la malade et son histoire clinique écartent plutôt l'idée de cancer du corps.

Après quelques jours de soins antiseptiques, on fait l'hys-

térométrie et le curettage explorateur : la première indique une cavité à parois molasses de 9 cent. $1/4$ et la curette ramène des lambeaux polypoïdes de muqueuse dont l'aspect est caractéristique.

Après 4 jours de dilatation progressive, on s'est assuré par le toucher intra-utérin qu'il n'y avait pas de noyau fibreux. Un curettage complet, pratiqué le 7 octobre 1891, a définitivement tari les métrorrhagies et régularise la menstruation. Ce résultat s'est maintenu jusqu'à ce jour (nov. 1896).

OBSERVATION III. (Due à l'amabilité de M. BONNET.)

Curettage explorateur.

Mme M..., 61 ans, marchande au panier.

Antécédents. — Cinq grossesses normales. Bonne santé habituelle. Ménopause depuis 14 ans.

Examen le 5 juin 1892. — Depuis 6 mois, sensibilité à toute la région épigastrique, surtout le soir.

Leucorrhée jaunâtre, souvent teintée de sang, mais pas d'hémorrhagie véritable. Fétidité signalée par la malade, mais qui a beaucoup diminuée depuis 4 à 5 semaines alors qu'elle prend des injections au sublimé. Bien que très grosse encore, la malade a maigri sensiblement depuis quelques mois, mais sans perdre ses forces.

A l'examen direct : cicatrice ancienne du périnée, colpocèles antérieure et postérieure, le vagin est presque complètement desquamé, rouge vif et saignant, état imputable à l'écoulement irritant ou à l'abus des injections de sublimé. Utérus mobile, gros, dur, scléreux, relativement peu abaissé en raison d'une épaisse cicatrice qui fixe le col en arrière. Celui-ci est lacéré,

scléreux, sans ulcération. L'hystérométrie donne 9 cent. et une sensation de mollesse sur toute la surface de la cavité.

Cette leucorrhée jaune, parfois rougeâtre, irritante et fétide, survenant chez une femme de 61 ans et coïncidant avec de l'amaigrissement et un col relativement sain, suggère l'idée d'un cancer du corps au début. Pour lever les doutes, après quelques pansements vaginaux, on fait un curettage explorateur. Celui-ci fait avec une étroite curette tranchante et plutôt sur les deux parois et les côtés ramène d'épais lambeaux de muqueuse hypertrophiée mélangés à des débris caséeux. L'aspect de ces lambeaux et des masses caséuses est assez caractéristique pour éloigner l'idée du cancer et pour faire juger superflu le contrôle du microscope.

Le curettage pratiqué le 15 juin, un nouvel examen hypogastrique pratiqué sous le chloroforme et la guérison ultérieure rapide ont bien confirmé le diagnostic de métrite caséuse des vieilles femmes.

OBSERVATION IV. (Due à l'amabilité de M. BONNET.)

Curettage explorateur.

Mme M..., sans profession, 46 ans.

Antécédents. — Très bonne santé habituelle, règles régulières, pas de leucorrhée, si ce n'est quelquefois au voisinage des époques. Rien à signaler dans son passé génital si ce n'est l'incident suivant : voyageant dans le midi, il y a 15 ans, et quelques années après son mariage, elle fut prise au cours de ses règles, sans raison apparente, pendant un long voyage en chemin de fer, de douleurs vives dans le bas-ventre avec fièvre intense. Cette fièvre dura une huitaine de jours, pendant les-

quels elle perdit des caillots à odeur fétide. Depuis cette époque il lui est resté du vaginisme et de la sensibilité de la région ovarienne droite, mais nul trouble menstruel ou autre. Jamais de grossesse,

Examen, le 30 octobre 1896. Depuis un an environ, les règles avancent et se prolongent. Il y a eu à intervalles irréguliers, variant de 1 à 2 mois, 3 métrorrhagies subites, survenant brusquement, abondamment et s'arrêtant spontanément, au bout de quelques heures. En même temps l'utérus est devenu, non pas très douloureux, mais lourd et sensible. La malade le sent. Leucorrhée fluide, jaunâtre, plus ou moins foncée, mais non odorante. Depuis 4 mois, l'écoulement sanguin est continu, effaçant l'époque des règles, prenant une recrudescence le soir et résistant à tous les moyens médicaux.

Cependant sous l'influence de l'ergot, il y a eu une interruption à peu près complète pendant 3 semaines, il y a 3 mois. La malade très intelligente et nerveuse a lu beaucoup de livres de médecine et croit fermement qu'elle a un cancer.

A l'examen direct, très pénible à cause du vaginisme, on trouve le vagin normal, le col sain et régulièrement dur, l'utérus gros, ferme, un peu abaissé, sensible à la pression du fond. L'hystéromètre tombe sur des masses de consistance molle, mesure 9 cent. 1/2 et provoque l'expulsion de plusieurs petits caillots mélangés de petites masses blanchâtres, s'écrasant facilement sous le doigt et sans nulle odeur. La malade a maigri et s'est affaiblie assez sensiblement depuis quelques mois.

Le lendemain on plaça une laminaire afin de faire un curetage explorateur. Celui-ci méthodiquement pratiqué, ramena de tous les côtés et particulièrement de la face antérieure, de grands lambeaux visqueux, mamelonnés, d'un blanc rosé et transparent. L'examen histologique, fait par le Dr P. Petit montra qu'il ne s'agissait pas d'épithélioma, mais d'endomé-

trite polypeuse avec substratum exceptionnellement riche en tissu fibreux.

Le curettage, pratiqué quelques jours après, a fait évacuer encore une grande quantité de fongosités similaires : le toucher intra-utérin a permis d'explorer toute la cavité sans y constater autre chose qu'un muscle utérin particulièrement dur et fibreux, l'écoulement sanguin est depuis lors complètement tari.

Une dilatation de la vulve et du vagin faite par suscroit pendant que la malade était sous le chloroforme, semble avoir supprimé complètement le vaginisme.

(OBSERVATION V. Empruntée à M. DESPREAUX, thèse 1888.)

Métrite. — Antéversion. — Troubles gastriques. — Curettage.

Mme. G..., 30 ans, a eu deux enfants, le dernier il y a 7 à 8 ans.

Il y a 4 ans, sans aucune cause appréciable, elle est atteinte de crampes d'estomac, de perte d'appétit, d'affaiblissement. Tous ces phénomènes coïncident avec l'apparition d'un écoulement leucorrhéique. On constate l'existence d'un métrite qui est traitée par la cautérisation avec l'acide nitrique et le nitrate d'argent. En décembre 1886, le Docteur Boris de (Montauban) pratique un curettage non suivi d'injection, cette opération amène une légère amélioration qui d'ailleurs ne fut que temporaire.

Depuis 18 mois en présence de l'état de la malade on a été obligé de recourir au gavage. L'intolérance gastrique était extrême et les aliments même liquides et introduits au moyen du tube œsophagien étaient bientôt rejetés par vomissements.

Etat actuel : pertes constantes, visqueuses, abondantes,

obligeant la malade à se garnir quelques pertes sanguinolentes ; état général mauvais. Anorexie, maigreur, teint jaune paille.

L'utérus est très fortement en antéversion. Le col est gros, mais non ulcéré.

Le 2 août 1887, avec l'aide du Docteur Boris, il est procédé au curettage suivi d'une injection au perchlorure de fer. On extrait de nombreux fragments ramollis de la muqueuse.

Après avoir redressé l'utérus au moyen de l'hystéromètre, on applique un pessaire qui est laissé 11 jours en place.

On cesse le gavage, l'appétit était revenu dès le surlendemain sans vomissements. Aucune réaction, quelques douleurs du ventre.

L'écoulement leucorrhéique a diminué.

Le 12 apparaissent les règles, le 13 le pessaire est retiré et la malade quitte Paris après l'application d'une ceinture hypogastrique.

Il lui est recommandé de porter un pessaire lorsque ses règles auront cessé.

Depuis lors, nous avons appris que la malade après une période de santé avait eu une rechute à la suite de fatigues exagérées.

OBSERVATION VI. (D à l'amabilité de M. le Dr P. Petit.)

Ovaro-salpingite chronique kystique. — Curage. — Amélioration

Madame M... 30 ans. — Mariée à 23 ans. — Trois ans après, syndrome de la métrite, puis les règles deviennent très douloureuses et la malade garde, dans l'intervalle des époques, des douleurs dans les flancs. — 4 Septembre 1893. Col de nul-

lipare avec éversion muqueuse, utérus scléreux, dévié en lateroversion gauche. — Dans le flanc droit, tumeur globuleuse, de la grosseur d'une mandarine, rénitente, faisant saillie dans le cul-de-sac de Douglas et adhérente en ce point, modérément sensible au toucher. Injections et lavages chauds, vésicatoires, bains tièdes salés. — Repos. — 28 Septembre 1893. La tumeur perçue dans le cul-de-sac gauche a presque entièrement disparu. En son lieu et place on sent actuellement très nettement l'ovaire, et dans son voisinage immédiat, une zone un peu sensible au toucher probablement occupée par la trompe. L'utérus s'est replacé dans le plan médian, en retroversion légère.

22 Octobre 1893. La malade vient d'avoir ses règles. Elle n'a souffert qu'un seul jour — Etat actuel idem. — 30 novembre. Reprise des douleurs et réapparition, dans le cul-de-sac droit, d'une tumeur liquide de la grosseur d'une mandarine. — 25 Décembre. Curage après dilatation progressive. — 9 Mars. La malade a été sensiblement améliorée pendant deux mois, souffrant cependant toujours un peu du flanc au moment des règles.

Actuellement la tuméfaction droite est sensiblement réduite, mais il existe une poussée subaiguë de salpingo-ovarite de l'autre côté à gauche. — 28 Avril. Les règles du mois de Mars se sont bien passées. Mais ce mois-ci, la malade a souffert durant les 4 ou 5 jours qui les ont précédées.

On sent toujours les annexes droites accolées à l'utérus mais beaucoup moins douloureuses à la pression.

OBSERVATION VII. (Empruntée à M. DESPRÉAUT, thèse 1888).

Cancer primitif du corps de l'utérus. — Curettage.

Mme X..., 60 ans, souffre depuis près d'un an d'un écoule-

ment fétide et sanguinolent, auquel sont venus se joindre, depuis trois mois, des douleurs très intenses, dans les lombes et les flancs. Ces névralgies lombaires survenaient, par accès, à des heures régulières, vers midi, et le soir vers 6 heures.

Les accès durent une heure environ et arrachent des cris à la malade. Pas de fièvre. Un médecin des hôpitaux soigne la malade pendant plusieurs mois pour une dilatation de l'estomac, à laquelle il attribue les phénomènes douloureux, attachant peu d'importance à l'écoulement vaginal. Un chirurgien a pratiqué au mois de juillet un curettage de l'utérus, non suivi de cautérisations. Tous les traitements étant restés sans résultat, la malade, après avoir essayé en vain le sulfate de quinine, l'aconit, se trouve enfin réduite à se pratiquer un nombre considérable d'injections de morphine. Elle est pâle, les jambes légèrement infiltrées et garde le lit. L'appétit n'a pas entièrement disparu.

Au mois d'octobre 1886. M. Pozzi est appelé, et il se trouve en présence du diagnostic de dilatation de l'estomac, névralgies symptomatiques, métrite occasionnée peut-être, par un corps fibreux.

Le premier examen, dans lequel il trouve un col ramolli, mais intact, lui fait réclamer un second examen, plus complet, sous l'anesthésie pour asseoir plus complètement le diagnostic de la lésion utérine, qu'il croit prédominante.

La malade est endormie. Le col saisi avec une pince est abaissé : on procède à sa dilatation avec des bougies de Hégar.

L'index est ensuite introduit et promené dans l'utérus, et constate la présence de fongosités abondantes qui tapissent complètement sa cavité. Celle-ci est très agrandie. Sa profondeur est de 9 cent. et sa largeur est considérable. Le col est tout à fait intact quoique ramolli et enflammé. Diagnostic porté : cancer du col de l'utérus avec envahissement probable

des ganglions pelviens, d'où la compression des nerfs et la névralgie.

On propose comme traitement palliatif, d'enlever les fongosités avec la curette et de cautériser au fer rouge, la surface interne de l'utérus. Cette opération est acceptée et faite quinze jours après la première séance d'exploration, dont les suites avaient été absolument bénignes.

Anesthésie. Dilatation du col. Abrasion des fongosités avec de larges curettes tranchantes. Une grande quantité de matières mollasses, d'apparence encéphaloïde est enlevée ; larges irrigations de l'utérus et du col avec une solution de sublimé très chaude. Elles sont faites très rapidement et ne parviennent pas à arrêter l'hémorrhagie considérable qui se fait, pour ainsi dire, à plein canal par le col dilaté de l'utérus. Mais immédiatement, trois cautères en roseau du volume du pouce, chauffés au rouge vif sont plongés jusqu'au fond de l'utérus et promenés dans sa cavité. Chaque cautérisation est faite très vite et suivie aussitôt d'une injection antiseptique froide. En quelques instants, l'hémorrhagie est ainsi arrêtée et un simple suintement persiste par l'orifice béant du col. Afin de s'opposer au retour de l'hémorrhagie, et afin d'empêcher la stagnation dans la cavité utérine des liquides qui devaient suinter à la surface grattée et cautérisées, cette cavité est remplie de lanières de gaze iodoformée enfoncées jusqu'au fond avec une longue pince et tassées très modérément. Irrigations antiseptique du vagin.

A la suite de cette opération, la température ne s'élève pas au-dessus de 38°. Aucun phénomène fébrile prononcé. Pas de réaction péritonéale.

Une simple sérosité, à peine teintée de sang, s'écoule dans les deux premiers jours. On commence à retirer la gaze iodoformée le troisième jour, et on achève de la retirer le cin-

quième. Irrigations intra-utérines, à partir de ce moment-là, matin et soir, avec une solution phéniquée à 10/1000.

Trois semaines après l'opération, le col est entièrement refermé. La malade ne perdait plus du tout. Elle avait repris des forces de l'appétit et commençait à se lever.

On avait pu supprimer la morphine peu à peu, jusqu'à ne lui en donner qu'un centigramme par jour. Cette amélioration ne subsiste pas plus d'un mois et demi. Au bout de ce temps, les pertes utérines réapparaissent, et la malade se soumet à une seconde opération semblable.

A ce moment-là, on s'aperçoit de la présence au devant du méat urinaire, au-dessus de la colonne antérieure du vagin, d'un noyau cancéreux légèrement ulcéré.

On applique le même procédé opératoire qu'auparavant, et le curettage est suivi de la même amélioration temporaire. Depuis lors, cette malade n'a pas été revue.

OBSERVATION VIII. (Empruntée à M. DESPRÉAUX, thèse 1888.)

Métrite hémorrhagique post-partum. — Curettage. — Guérison.

Julia G.... âgée de 25 ans, domestique, entre le 15 février 1887, à l'hôpital de Lourcine, salle Van Swieten, lit n° 29, pour une métrite.

Cette malade n'est pas très régulièrement réglée; les périodes menstruelles ont une durée moyenne de 10 à 12 jours. Il y a 4 ans, un accouchement a été suivi de pertes rouges abondantes qui se sont reproduites à plusieurs reprises depuis cette époque. Son état s'est aggravé principalement depuis 6 mois. Elle perd presque continuellement et accuse en même des douleurs

vives, lancinantes du côté des reins et dans la région abdominale, principalement du côté droit.

Pendant les périodes menstruelles la marche est absolument impossible et la malade doit garder le lit. Même la situation debout est douloureuse et éveille de fortes douleurs lombaires. L'état général est mauvais. La malade est faible et anémiée, l'appétit est diminué, le sommeil est fréquemment interrompu.

Le 25 mars 1887, la malade est endormie par le chloroforme et le curage de l'utérus est pratiqué. Les fongosités extraites au moyen de la curette mousse sont assez abondantes. Une injection intra-utérine de perchlorure de fer suit immédiatement le curage. Un tampon de gaze iodoformée est placé dans le vagin.

La métrorrhagie cesse immédiatement après l'opération et les forces reviennent peu à peu chez la malade qui garde le lit 20 jours. Elle quitte le lit un mois après l'opération.

Cette malade s'est présentée de nouveau à Lourcine, le 26 juillet 1887, pour être guérie de végétations recouvrant les grandes lèvres. L'examen au spéculum nous permet de constater que le col est gros, rosé, que l'orifice externe est légèrement dilaté et entouré d'une auréole un peu plus foncée que le reste du museau de tanche. L'utérus est d'ailleurs parfaitement mobile, un peu dévié à gauche, il n'y a rien d'anormal du côté des culs-de-sac.

Depuis la sortie de l'hôpital, la menstruation est régulière, les règles ont une durée de cinq jours et ne sont accompagnées d'aucune souffrance. Quelquefois à la suite de fatigues, la malade éprouve dans la région lombaire, des douleurs sourdes peu intenses, ayant plutôt un caractère de courbature. L'état général est excellent.

La malade quitte l'hôpital quelques jours plus tard en pleine santé.

OBSERVATION IX (Empruntée à M. DESPRÉAUX,
thèse 1888).

Métrite hémorrhagique post-abortum. — Curettage. — Guérison.

Anna K..., âgée de 28 ans, journalière, entre le 20 juin 1887 à l'hôpital de Lourcine, salle Francastor, lit n° 30.

Cette malade présente des antécédents héréditaires tuberculeux, elle-même est de constitution chétive et il existe aux sommets des deux poumons des signes évidents de tuberculose au 2^e degré.

Réglée pour la 1^{re} fois à 11 ans 1/2, les règles sont restées irrégulières jusqu'après sa défloration qui eut lieu à 18 ans. Depuis lors les règles ont apparu régulièrement tous les mois et duraient une semaine, tandis que de 11 à 18 ans elles duraient 15 jours et forçaient la malade à garder le lit. Elles ont été toujours très abondantes et fréquemment le sang renfermait de nombreux caillots,

Depuis l'âge de 18 ans, la malade a fait fréquemment des excès de coït, et d'une façon générale a des rapports sexuels très souvent.

Elle a eu cinq enfants et quatre fausses couches ; deux de cinq mois, les autres de deux ou trois mois.

Entre ses deux dernières grossesses elle a perdu du sang, raconte-t-elle, pendant six mois presque sans interruption. Cette hémorrhagie n'aurait cessé qu'à l'époque où elle est devenue de nouveau enceinte. Un mois et demi avant son entrée à l'hôpital elle fait une fausse couche et depuis lors elle perd continuellement « en rouge ». Elle accuse en outre des douleurs lombaires très violentes.

Au speculum, le col paraît gros, il est entr'ouvert et admet presque l'extrémité de l'index. Il existe un léger degré d'ectropion de la muqueuse. On voit sourdre de l'orifice externe un liquide sanguinolent.

1^{er} août. Après chloroformisation on pratique le grattage de l'utérus. Très nombreuses fongosités. Rien de particulier à noter pendant l'opération. Le 2, pas d'hémorrhagie. Les douleurs abdominales et lombaires ont disparu. Température : matin, 37°2; soir, 37°3.

Le 3. Température toujours normale.

Le 4. Inappétence, signe d'embarras gastrique, langue saburrale, constipation depuis 2 jours. Le toucher vaginal ne révèle rien de particulier, le ventre n'est ni tendu, ni douloureux. Rien d'anormal du côté des culs-de-sac. Le soir la température s'élève à 39°2.

Le 5. Température, le matin, 38°8. Toujours rien du côté de l'utérus ou des annexes. Les signes d'embarras gastrique persistent. La malade est purgée.

Les 6 et 7. La température reste toujours un peu élevée, mais l'état général est meilleur.

Le 8. Température, le matin, 37°8. Depuis lors nous n'avons plus rien de particulier à noter. Les métrorrhagies ont complètement cessé. La malade sort le 15 septembre,

CONCLUSION

En somme le curettage de l'utérus donne bien ce qu'on était en droit d'en attendre, ce que le simple bon sens permettait de déduire a priori des lésions anatomo-pathologiques de l'endometrium. S'il fait merveille contre les lésions qui ne dépassent pas la surface du muscle et qui ne sont pas de nature néoplasique : il ne semble pas avoir d'effets vraiment utiles dans l'endométrite blennorrhagique aiguë, probablement du faite de l'infection utérine, de l'introduction des germes dans les lymphatiques, sans compter les dangers de propagation. Dans l'infection puerpérale encore bornée à l'utérus, il offre les plus grandes chances de succès quand il est employé sans retard ; il n'est cependant pas à l'abri, même dans ces conditions, de quelques revers qui dépendent des différents microbes alliés ensemble pour produire l'infection générale.

Dans l'endométrite chronique le curettage pratiqué avec la curette ordinaire ne peut que raser l'arbre et faciliter aux topique l'accès des innombrables glandes intra-vasculaires.

Si l'on veut en faire un moyen radical, il faut employer une curette spéciale assez tranchante pour enlever de véritables copeaux de musculo-muqueuse, il faut prati-

quer ce que l'on pourrait appeler l'évidement à la curette.

Dans l'inflammation circumutérine son action indirecte semble se mesurer à l'intensité des lésions qu'il attaque directement; cependant si, à ce point de vue, il est très recommandable dans la périmétrite puerpérale aiguë, nous le déconseillons dans la périmétrite blennorrhagique aiguë, ses inconvénients semblent alors dépasser ses avantages.

Dans le cas d'hyperplasie de la muqueuse, qu'il s'agisse de l'hyperplasie simple qui accompagne le fibrome, ou de l'hyperplasie extensive du cancer, le curettage n'a que des effets palliatifs peu durables, inutilisables dans un grand nombre de cas. De plus il faut savoir s'en servir dans le cancer, quand les femmes ne sont pas trop affaiblies, à cause des hémorrhagies graves qu'il provoque.

Vu par le Président de la Thèse :

Paul BERGER.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUILLY. Bulletin Therapeutique de Dujardin-Beaumetz. 1895.
- CHARRIER. Archives Générales de médecine, août 1891. Vol. II, p. 141.
- CORNIL et BRAULT. Bulletin de la société anatomique, janvier 1888, p. 57.
- DAXION. Les hémorrhagies provoquées par les fibromes utérins. Thèse, Paris, 1892.
- DESMOULINS. Quelques considérations sur le curettage de l'utérus comme traitement de métrite hémorrhagique. Th. Paris, 1887. N° 24.
- DESPREAUX. Du curettage de l'utérus, indications et technique. Th. Paris, 1888.
- DOLÉRIS. Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie, 1890, p. 541.
- GUINON. Métrite hémorrhagique guérie par le râclage ; opération pendant le sommeil hypnotique provoqué. *Gazette médicale*, 16 avril 1888.
- HEGAR et KALTENBACH. Traité de Gynécologie opératoire, traduit par le docteur Bar, Paris 1885.
- KUSTNER. Arch. f. Gyn. XVIII, 252.
- HUGUENIN. Des résultats éloignés du curettage de l'utérus dans le traitement des endométrites chroniques. Th. Paris, 28 décembre 1893.
- LEBLOND. Traité de Gynécologie.

- NONAT. Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1860.
- R. PICHEVIN. Du curage de l'utérus. Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie. T. V. p. 349, 454, 497.
- PICHEVIN. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 427.
- PICHEVIN et PETIT. Métrorrhagies et lésions vasculaires de l'utérus. *Gazette médicale*. Paris 1895. N° 47, p. 553.
- P. PETIT. Diagnostic histologique des endométrites. Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie. Paris 1889. II, 209.
- PINARD. *Semaine médicale* 1895, p. 373.
- POZZI. *Semaine médicale* 1891, 4 février, p. 39.
- RÉCAMIER. Travail lu à l'Académie de médecine le 7 février 1843. Annales de Thérapeutique, août 1846. Mémoire sur les productions fibreuses et les fongosités intra-utérines. (Union médicale 1, 4, 6, 8 juin 1850).
- RICHELOT. Endométrite et curage. Annales d'Obstétrique et de Gynécologie, Paris 1889, XXXII, 271.
- SCHROEDER. Maladie des organes génitaux. Traduction française 1886, p. 124.
- SINETY. Traité pratique de Gynécologie et des maladies des femmes. Paris 1884.
- VULLIET. *Journal de médecine de Paris*, 21 août 1887.
- WALTON. De la curette et de ses applications.

